2009-2010 H1N1 독감 예방접종 동의 및 시행 기록

MARYLAND

환자 – 섹션 1 ~ 8을 작성하고, 서명 및 일자를 기재하십시오
(청색 또는 흑색 잉크를 사용하여 한국어로 명확하게 기재하고 원을 깨끗하게 색칠하십시오)

STATE OF MARYLAND DHMH

1. **성:**

이름: **중간 이니셜:**

주소:

시: **주:** **우편번호:**

생년월일: MM / DD / YYYY **성별:** ○ **남** ○ **여** **국가 코드 (*뒷면 참조*):**

전화번호: - -

2. 민족: 히스패닉 또는 라티노: ○ 예 ○ 아니오

3. 인종 (*해당 항목 모두 색칠*):
○ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 ○ 아시아인 ○ 흑인/아프리카계 미국인
○ 하와이 원주민/태평양 섬주민 ○ 백인 ○ 모름
○ 기타(구체적으로) _____

4. 현재 받는 H1N1 백신 투여량은 얼마나 됩니까? ○ 투여량 1 ○ 투여량 2 ○ 모름

5. 임신 중입니까? ○ 예 ○ 아니오 ○ 모름

6. 6개월 미만 어린이와 살거나 돌보고 있습니까? ○ 예 ○ 아니오

7. 귀하는 환자와 직접 접촉하는 의료 근로자 또는 응급 의료 서비스 근로자이십니까? ○ 예 ○ 아니오

8. 천식 또는 기타 만성 건강 문제 또는 면역체계 저하 같은 근본적인 위험 요소를 갖고 있습니까? ○ 예 ○ 아니오

H1N1 예방 접종을 받기 위한 동의 및 요청. 본인은 위 정보를 읽었으며 그것이 정확함을 확인합니다. 본인은 H1N1 백신에 대한 "백신 정보지"를 1부 받고 읽었거나 그 정보를 본인에게 설명 받았습니다. 본인은 질문할 기회를 가졌으며 만족스럽게 답변 받았습니다. 본인은 H1N1 백신의 이점 및 위험을 이해하며 이 백신을 본인에게 또는 본인이 이 요청을 할 권한을 가진 사람에게 제공하도록 허락하였습니다. 본인은 개인정보 보호 통지서 1부를 받았습니다.

예방접종을 받는 사람 및/또는 동의하는 사람의 **서명**:

_____ _____ 일자: _____
예방접종을 받는 사람과의 관계

For Clinic Use Only

Client Screened for Contraindications: Screener's Initials _____

Client given VIS on _____ and understands VIS dated _____

Manufacturer: ○ CSL ○ Medimmune ○ Sanofi Pasteur ○ GSK ○ Novartis Lot #:

Dosage (If applicable): ○ 0.25mL (6-35 months) ○ 0.50mL (3 years and older) ○ Other _____

Route of Administration: ○ Intranasal IM Injection: ○ LA ○ RA ○ LL ○ RL ○ Other _____

Clinic Site: Provider #:

Place Stamp Here

Date: MM / DD / YYYY

Signature of Vaccinator: _____

SAMPLE NOT FOR USE